

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

N°

33

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Robert-Félix-Camille VALTON

Né le 15 juillet 1915 à Rennes (Ille-et-Vilaine)

25 FÉV. 1942

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de la

**Valeur Fonctionnelle
des Utérus doubles**

Président : Professeur PORTES

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, rue de l'Ecole de Médecine

PARIS - VI^e

1942

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **VALTON.**

Prénoms : **Robert, Félix, Camille.**

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

VALTON (Robert, Félix, Camille).

Contribution à l'étude de la valeur
fonctionnelle des utérus doubles.

Paris, Vigot fr., éditeurs, 1942,
in-8° r., 86 pages.

(Thèse Méd. (Etat), Paris, 1942,
n°.....).

VALTON (Robert, Félix, Camille).

Contribution à l'étude de la valeur
fonctionnelle des utérus doubles.

Paris, Vigot fr., éditeurs, 1942,
in-8° r., 86 pages.

(Thèse Méd. (Etat), Paris, 1942,
n°.....).

VALTON (Robert, Félix, Camille).

Contribution à l'étude de la valeur
fonctionnelle des utérus doubles.

Paris, Vigot fr., éditeurs, 1942,
in-8° r., 86 pages.

(Thèse Méd. (Etat), Paris, 1942,
n°.....).

VALTON (Robert, Félix, Camille).

Contribution à l'étude de la valeur
fonctionnelle des utérus doubles.

Paris, Vigot fr., éditeurs, 1942,
in-8° r., 86 pages.

(Thèse Méd. (Etat), Paris, 1942,
n°.....).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Robert-Félix-Camille VALTON

Né le 15 juillet 1915 à Rennes (Ille-et-Vilaine)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de la

Valeur Fonctionnelle des Utérus doubles

Président : Professeur PORTES

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, rue de l'Ecole de Médecine

PARIS - VI^e

1942

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
Hygiène et clinique de la première enfance	FIESSINGER.
Clinique des maladies des enfants	N...
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	N...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LAIGNEL - LAVASTINE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
Clinique chirurgicale	LEMIERRE.
Clinique ophtalmologique	N...
Clinique urologique	GOSSET.
Clinique d'accouchements	N...
Clinique gynécologique	LENORMANT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VELTER.
Clinique thérapeutique médicale	CHEVASSU.
Clinique oto-rhino-laryngologique	COUVELAIRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	N...
Clinique propédeutique	LÉVY-SOLAL.
Clinique de la tuberculose	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale, orthopédique de l'adulte	N...
Clinique de cardiologie	LEMAITRE.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance médico-sociale	Maurice VILLARET.
Professeurs sans chaire	TROISIER.
	MATHIEU.
	N...
	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	N...
	OLIVIER.
	VERNE.
	SANNIÉ.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
BERNARD (E.).	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
BEZANÇON (J.).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LANTUÉJOUL .	Obstétrique.
BROUET	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BULLIARD	Histologie.	LELONG	Pathologie médicale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
CORDIER	Anatomie.	LENÈGRE	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	M ^{me} J. LÉVY ..	Pharmacologie.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.	MARCHAL	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MÉNÉGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOLLARET ...	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.).	Physique.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	PETIT-DUTAIL	
DOGNON	Physique.	LIS	Pathologie chirurgicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	RENARD	Ophtalmologie.
FUNCK-BREN- TANO	Pathologie chirurgicale.	RICHET	Physiologie.
GALLIARD	Parasitologie.	SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
M ^{me} GAUTHIER-		SOULIE	Pathologie médicale.
VILLARS ...	Anatomie pathologique	SUREAU	Obstétrique.
DE GENNES ...	Pathologie médicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
		WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LE LORIER ...	Obstétrique.
CHAILLEY-		NEVEU-	
BERT	Physiologie.	LEMAIRE ...	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
HEITZ-BOYER .	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE.

BRULÉ.

CHABROL.

CHEVALLIER.

LAROCHE (G.).

LIAN.

MOREAU.

SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.

BASSET.

GATELLIER.

DE GAUDART

D'ALLAINES.

MOULONGUET.

MOURE.

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE.

VIGNES.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique.

LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.

N... Stomatologie.

WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

*Faible témoignage de ma très grande
reconnaissance et de mon profond
attachement filial.*

A MA FEMME

Gage de mon affectueuse tendresse.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTES

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris

*En respectueux hommage de gratitude
pour le très grand honneur qu'il
veut bien nous faire en acceptant la
présidence de cette Thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARQUIS

Commandeur de la Légion d'Honneur
Directeur de l'Ecole de Médecine de Rennes
Professeur de Clinique Chirurgicale

*Témoignage de respectueuse gratitude
pour la bienveillance qu'il n'a cessé
de nous marquer.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ALPHONSE PELLÉ

Professeur de Clinique Médicale

*Hommage de vive reconnaissance pour
l'enseignement qu'il nous a donné.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRAULT

Ancien Chef de Clinique à l'Ecole de Médecine

*Remerciements pour avoir bien voulu
nous inspirer le sujet de ce travail
et nous aider de ses précieux con-
seils.*

A TOUS MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE ET DES HOPITAUX
DE RENNES

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux, ne verront point ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



INTRODUCTION

Les malformations congénitales utérines, vestiges plus ou moins complets de la dualité primitive de l'utérus, sans être fréquentes, ne constituent pas cependant une rareté.

Lorsqu'elles restent ignorées, elles peuvent donner lieu à des phénomènes qui étonnent et paraissent difficilement explicables. C'est le cas de ces fausses couches qui se produisent le soir ou le lendemain d'un curetage. Plus surprenantes encore sont ces grossesses qui continuent à évoluer et se terminent à terme par la naissance d'un enfant bien constitué alors que l'utérus semblait avoir été vidé complètement six mois auparavant (Chaigneau).

Elles sont soupçonnées parfois à la suite des confidences d'une femme qui « ne peut sacrifier sur l'autel de Vénus parce que la douleur prime le plaisir » (Böhmer), ou de celles de son partenaire, étonné et déçu de ce que « certains rapports soient plus difficiles, plus gênés que d'autres » (Pierra).

Elles sont recherchées encore à la suite de troubles quelconques : douleurs pelviennes, règles de durée ou de fréquence anormales, hémato-colpos, etc...

La femme, au cours de ses soins génitaux ou lors de ses relations galantes a pu découvrir son anomalie. Une malade de Richet (Le Fort, 1863) y trouvait l'occasion de témoigner à son amant préféré une fidélité relative en même temps qu'une délicatesse particulière. « Elle lui réservait exclusivement un de ses vagins, l'autre servant aux rencontres d'un soir ! »

Les dispositions anatomiques qui résultent du trouble embryologique restent néanmoins compatibles avec la fécondation.

Ces malformations présentent alors un grand intérêt obstétrical : Quel est le destin de l'œuf dans une matrice malformée ?

Le pronostic de l'évolution de la grossesse et de la marche de l'accouchement pose à l'accoucheur le problème de la valeur fonctionnelle de ces utérus.

Le diagnostic en dehors des accidents obstétricaux est certes difficile, mais là où l'on a porté le diagnostic de fibrome, de grossesse extra-utérine ou de kyste de l'ovaire, la pensée d'une duplicité utérine aurait évité, maintes fois, une laparotomie inutile.

Grâce à l'extrême obligeance du docteur Brault que nous remercions bien vivement, nous avons la bonne fortune de rapporter au début de ce travail, l'observation détaillée suivante qui en fut le point de départ :

P. BRAULT, A. TIZON et S. BIÉLONOGOFF (*Gaz. Méd. de France et des pays de langue française*, 1^{er} mars 1939, n° 5, p. 267.)

N° 4.806, B.R. — Mme H..., 32 ans, 1^{re} pare, sans antécédents pathologiques, D.R. 15 août 1936, T.P. fin mai 1937, ne consulte pas pendant sa gestation (ce qui est malheureusement encore la règle dans nos campagnes bretonnes). Début du travail le 29 mai 1937. Dans la journée, contractions douloureuses, intenses, régulières, qui continuent les 30 et 31. L'un de nous, appelé le 31 et constatant l'absence de toute dilatation malgré les contractions énergiques, étonné d'autre part par la présence de deux vagins distincts, appelle l'autre dans la nuit du 31 mai au 1^{er} juin. A ce moment on constate la présence au palper d'un utérus gravide paraissant à terme et contenant un fœtus vivant ; au toucher on trouve deux orifices vulvaires et deux vagins. Au fond du vagin gauche on sent un orifice de 2 cm. de diamètre environ à travers lequel le doigt introduit sent nettement balloter une tête fœtale. Au fond du cul de sac droit on sent une masse ovoïde du volume d'un utérus de 2 à 3 semaines. Dans ces conditions, nous décidons d'intervenir par voie abdominale.

A quatre heures du matin, sous rachi-anesthésie, incision sous-ombilicale médiane. Vessie tendue (malgré le cathétérisme) fortement déviée à droite. Cul de sac vésico-utérin très prononcé à gauche ; à ce niveau utérus gravide plus étroit et plus allongé que l'utérus normal. Péritoine décollable sur 20 cm.

Aucune trace de Segment inférieur, le muscle est épais d'au moins 2 à 3 cm. Incision en plein muscle,

extraction assez laborieuse d'un fœtus féminin qui, bien que largement à terme, ne pèse que 2 kgs 850 et paraît un peu débile. Délivrance facile par expression. Suture de l'utérus en deux plans recouverte d'une péritonisation atypique, les rapports anatomiques étant profondément modifiés.

Plutôt que de faire une hystérectomie chez cette femme encore jeune, nous décidons de nous contenter de sectionner l'unique trompe que nous voyons, entre deux ligatures. Cette trompe se trouve située presque exactement au sommet de l'ovoïde utérin, qui présente en outre un seul ligament rond. Cette disposition anormale permet d'ailleurs l'issue des anses intestinales que cependant on ne voit même pas dans la césarienne basse habituelle. A aucun moment nous ne voyons l'utérus droit profondément situé dans le bassin. La main va l'y chercher et constate la présence d'un corps un peu mou ressemblant absolument à un gros citron et présentant également une trompe située à son pôle supérieur. Pour ne pas prolonger l'intervention, nous renonçons à l'extérioriser et à sectionner la trompe. Paroi en trois plans. Suites apyrétiques excellentes et la femme sort le 15^e jour en parfait état, ainsi que son enfant. Nous sommes très étonnés de constater qu'une fois rentrée chez elle, elle a fait une légère phlébite gauche.

Après avoir eu ses règles pendant quelques mois, cette femme devient enceinte à nouveau en octobre 1937 (D.R. 15 octobre 1937) et nous constatons cette gestation en janvier 1938.

Le 31 mai 1938, nous constatons : état général très bon ; H.U. = 32 cm., tête en bas mobile; enfant vivant; dos et F.A. à droite. La masse gravide de forme très

ovoïde est située pour les trois quarts à droite de la ligne médiane ; dans la fosse iliaque *gauche* on trouve une masse ovoïde molle, contractile de volume d'un citron, qui est évidemment l'utérus césarisé l'année précédente.

Début du travail le 19 juillet 1938, vers 7 heures. A 11 heures : dilatation de 5 francs, la poche des eaux est intacte, mais elle se rompt spontanément vers 11 h. 30. A 14 h. 30 : grande paume, tête en O.I.G.A., enfant vivant, utérus dévié à droite. A 16 h. 30 : tête au D.I. A 17 heures : extraction au forceps d'un enfant de 2 kg. 500 environ, étonné ranimé facilement. A 18 heures : hémorragie, délivrance artificielle laborieuse en raison de la déviation considérable de l'utérus vers la droite. Suites de couche apyrétiques. Lever 18 jours après. Enfant bien portant, normal.

Si l'ingratitude de la clientèle médicale devient malheureusement de plus en plus la règle, il existe cependant encore, surtout à la campagne, quelques malades reconnaissants et désireux de faire plaisir au médecin qui leur a rendu service : c'est le cas de cette femme qui a accepté non seulement un examen clinique complet, mais même un examen radiologique de son utérus, bien que nous ayons cru devoir lui expliquer loyalement que nous le désirions par pure curiosité scientifique. Voici le résultat de cet examen :

*Examen clinique et radiologique
pratiqué le 22 octobre 1938, trois mois et demi
après l'accouchement*

La vulve au repos paraît normale, mais dès qu'on écarte les lèvres on trouve l'orifice vulvo-vaginal divisé

en deux parties symétriques par une cloison antéro-postérieure assez résistante et recouverte sur ses deux faces par une muqueuse vaginale en apparence normale. Cette cloison remonte jusqu'au quart supérieur du vagin, où elle cesse brusquement. Le vagin, double dans ses trois quarts inférieurs, redevient donc unique à ce niveau. Il existe un seul col qui semble normal, mais que la présence de la cloison empêche de bien voir au spéculum. Au toucher par l'un ou l'autre vagin on sent le col normal et les deux utérus ovoïdes, chacun d'eux paraissant aussi gros qu'un utérus normal.

Nous avons alors fait un examen radiologique après injection de lipiodol. La mise en place de la sonde a été très laborieuse en raison de la cloison vaginale et nous n'avons pu la faire tenir en place qu'en l'enfonçant profondément dans l'un des utérus. L'obturation du col avec des pinces de Pozzi et de Museux a été également très difficile et l'examen va nous montrer qu'elle a été imparfaite : Nous injectons alors le lipiodol que nous voyons d'abord remplir l'utérus gauche où se trouve la sonde, sa cavité est profonde et volumineuse ; puis ensuite le lipiodol remplit un espace triangulaire qui correspond à l'isthme et rappelle assez bien un utérus infantile comme on en trouve dans certains cas de stérilité ; puis il reflue dans l'utérus droit, qui semble plus petit et moins développé que l'autre avec un étranglement à son milieu. Malheureusement, le liquide s'échappe par le vagin ; faute de pression nous n'arrivons pas à injecter les trompes ou du moins la trompe droite, la gauche ayant été sectionnée lors de la césarienne. Les deux radiographies successives confirment l'examen radioscopique et nous montrent le col unique surmonté d'une ébauche de cavité utérine

avec deux cornes extrêmement développées ; la gauche beaucoup plus volumineuse que la droite.

A priori, il peut sembler bizarre que ce soit l'utérus droit qui a accouché trois mois avant qui paraisse sensiblement plus petit que le gauche. M. Douay, qui a vu le cliché que nous avons présenté à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, en a donné une explication très juste : l'utérus gauche qui contient la sonde est rempli de lipiodol ; le droit au contraire est sans doute loin d'être plein, le lipiodol ayant reflué à la fois dans cet utérus et dans le vagin par suite de l'obturation défectueuse du col.

I

GENERALITÉS SUR TROIS UTERUS DOUBLES

a) Historique

Les malformations utérines, bien que connues depuis Hippocrate, sont étudiées depuis peu. Les organes génitaux ont toujours été domaine réservé et l'étude de leurs malformations congénitales, source de préjugés, terreurs ou simplement d'étonnement, s'accommodait mal d'un esprit de recherche méthodique et scientifique.

Le premier cas de cette anomalie semble avoir été rapporté par Julius Obsequens dans son ouvrage « De Prodigiiis ». Quant à la première dissection d'un utérus double, elle aurait été pratiquée, d'après Morgagni, en 1557, par un anatomiste napolitain, Antoine Catti.

Au Collège des Lombards, à Paris, en 1559, on disséqua, rapporte Gaspard Bauhin (*Théatrum anatomicum*), le corps d'une femme dont l'utérus était divisé par une cloison. Riolan (1625) cite un cas analogue.

Thomas Bartholin, Pierre Borelli (1670) parlent chacun de femmes qui présentaient deux vulves.

La littérature médicale s'enrichit par la suite de nombreuses observations isolées rapportant des cas

de malformations ou d'accidents survenus au cours de grossesses ou d'accouchements, accidents reconnaissant cette anomalie anatomique pour étiologie.

Puis les auteurs, débordant le seul point de vue anatomique et descriptif de ces lésions, recherchent davantage leur influence sur la maternité, en discutant la pathogénie.

En 1790, Louis rassemble tous les cas publiés avant lui et son ouvrage semble constituer le premier essai de synthèse de la question.

Cassan, en 1826, soutient sa thèse inaugurale d'agrégation : *Recherches anatomiques et physiologiques sur les cas d'utérus doubles et de superfétation*.

J. Müller, en 1830, étudiant la pathogénie de ces anomalies, en propose une explication embryologique.

Rokitansky (*Über die sogennanten Verdoppelungen des utérus*, 1838) établit une classification de ces malformations, classification complétée ou retouchée par les travaux de Forster, Cruveilhier, Küssmaul, Le Fort.

A partir du milieu du siècle dernier, tous les noms des obstétriciens et des gynécologues du XIX^e siècle jusqu'à nos jours sont liés à ces recherches.

En 1872, Ollivier étudie le rapport entre ces malformations et la grossesse.

En 1903, Ombredanne et Martin font accepter la classification encore admise aujourd'hui.

Potocki publie, en 1920, l'observation magistrale d'une femme, césarisée par lui, pour la dystocie causée par la corne non gravide rétrofléchie : c'est la première césarienne pratiquée pour une telle indication.

Enfin, Strassmann publie à Berlin, en 1926, de nombreuses observations d'utérus doubles traités par l'observation conservatrice de raccordement.

Cette anomalie, bien connue malgré sa rareté relative, est peu à peu étudiée dans les traités d'obstétrique, tandis qu'on consacre, tant en France qu'à l'étranger, de nombreuses thèses à son sujet.

Les plus récentes en France sont de Norbert Cerf (Paris, 1936), Adrien Laffitte (Paris, 1939), Leclerc (Nancy, 1935), Hamelin (Paris, 1935), Montfort (Paris, 1931).

b) Embryologie — Pathogénie

L'utérus et le vagin se forment aux dépens des deux canaux de Müller. Ces deux canaux qui, au début, sont séparés et situés de chaque côté de la colonne vertébrale, vont bientôt se rapprocher l'un de l'autre, s'accolent et se fusionnent dans le courant de la huitième à la douzième semaine du développement de l'embryon, sur toute leur étendue au niveau de la ligne médiane.

La partie moyenne du tractus génital forme alors un canal simple dont la partie supérieure donne naissance à l'utérus ; la portion inférieure, au vagin.

Puis la cloison médiane qui provient des surfaces

adjacentes de ces deux canaux se résorbe de bas en haut, substituant ainsi au double conduit primitif un vagin et une cavité utérine uniques.

Lorsque, au cours du quatrième ou cinquième mois, la différenciation en utérus et vagin s'est effectuée, le corps de l'utérus se prolonge de chaque côté sous la forme de deux segments qui deviendront les cornes utérines. Celles-ci se confondent plus tard avec le corps utérin.

Si la fusion des canaux de Müller se fait incomplètement, il se produit une série de malformations qui, toutes, se caractérisent par un dédoublement du canal génital, soit au niveau de l'utérus ou du vagin, soit des deux organes en même temps.

Lorsqu'une portion du canal embryonnaire a été détruite d'un ou des deux côtés, il s'ensuit un arrêt de développement uni ou bilatéral.

Si la fusion s'est effectuée, il peut y avoir persistance de la cloison sur une plus ou moins grande étendue. Les canaux de Müller ont alors un aspect extérieur normal, mais la cavité interne se trouve séparée en deux moitiés.

Le terme d'« utérus double » désigne donc, non pas l'enrichissement d'un organe supplémentaire, mais la coexistence de deux moitiés d'utérus. Il n'y a pas duplicité mais dédoublement. D'ailleurs, on a constamment trouvé les annexes de l'utérus à l'état de simplicité.

**

La pathogénie de ces troubles n'est pas encore élucidée : On a invoqué :

L'hérédité : Rouffard et Delaporte, en 1910, ont rapporté deux cas où les malades atteintes de duplicité utérine affirmaient que leur mère présentait la même malformation.

La race : La statistique de Dubreuil-Chambardel (1906) est peu concluante.

L'alcoolisme, la syphilis (Vignes) : Leur rôle est admis dans nombre de malformations, mais on peut les interpréter ici comme des coïncidences.

L'atavisme (Pozzi) : Il y aurait reproduction sporadique de la forme d'une autre espèce par l'effet de ce que Darwin a appelé un phénomène de « réversion ».

A ces théories d'ordre général, s'opposent des hypothèses embryologiques :

L'éloignement des canaux de Müller par suite du trop grand diamètre transversal du bassin (Pfanzenstiel et Thiersch).

La puissance et la brièveté des ligaments ronds.

La torsion, l'obliquité des canaux de Müller.

La péritonite fœtale (Gratzer), par les brides et adhérences qu'elles détermineraient.

Les interpositions d'organes (Fraenkel), de tumeurs, de débris wolfiens ou d'une bride d'origine allantoïdienne.

Les discussions sont encore nombreuses; les causes restent mal connues.

c) Classification

De nombreuses classifications ont été proposées : Le Fort, Piquand, Dubreuil-Chambardel, Ombredanne et Martin, Pamboukis, Dambrin et Bernard-beig, Metzger en ont établies. Cette multiplicité résulte de la difficulté de classer dans un ordre rationnel des malformations souvent atypiques, véritables surprises anatomiques échappant à toute règle trop précise. L'esprit analytique de la méthode scientifique devant ces anomalies est en défaut et construit un édifice qui, s'il est didactique à souhait, n'est cependant qu'un système approché, un plan d'ensemble appréciant la malformation d'après le retard embryologique.

Ces classifications, pour le praticien aux prises avec la dystocie reconnaissant cette étiologie, présentent un intérêt réduit, car l'étude des observations démontre le défaut de corrélation exacte entre le trouble embryogénétique et la clinique.

A cette difficulté s'ajoute dès l'étude livresque de cette intéressante question, celle d'une terminologie abondamment variée employée par les différents auteurs, terminologie trop riche par le nombre des synonymes non admis par tous.

Ainsi, par exemple, l'utérus didelphe d'Ombredanne ou bipartitus-diductus de Le Fort, est encore appelé : utérus separatus. Bar-Brindeau-Chambrelent étudient le type « globularis bipartitus ». Le biloculaire corporeal d'Ombredanne lui est sem-

blable ; le « septus bipartitus » de Ribemont-Des-saignes n'est pas différent, etc...

Le grand nombre d'aspects des malformations est ainsi multiplié par celui des innombrables dénominations latines ou françaises qui leur ont été données.

Nous admettrons, pour notre part, la classification établie en 1906 par Ombredanne et Martin, basée sur le degré d'accolement des canaux embryonnaires de Müller.

Corps indépendants :

- Cols indépendants. type I, Didelphe
- Cols accolés type II, Pseudodidelphe
- Cols fusionnés type III, Bicorne

Corps accolés :

- Cols fusionnés type IV, Biloculaire total
- Cols accolés type V, Biloculaire corporéal

Corps fusionnés :

- Cols accolés type VI Biloculaire cervical
- Cols fusionnés type VII, Normal.

FORMES INTERMÉDIAIRES

- 1° *Didelphe idéal* : deux vagins distincts, deux utérus séparés, systèmes annexiels complets.
- 2° *Pseudo-didelphe* : à vagin unique.
- 3° *Bicorne arqué* : corps utérins à demi accolés.

- 4° *Cordiforme* : corps accolés dans leur moitié supérieure, fusionnés dans leur partie inférieure.
- 5° *Biloculaire cervico-corporéal* : intermédiaire entre IV et V : corps accolés, cols accolés dans leur moitié supérieure et fusionnés dans leur partie inférieure.
- 6° *Biforis supra simplex* : intermédiaire entre VI et VII : utérus complètement fusionnés, mais mu-seaux de tanche accolés.

**

Enfin, lorsque la malformation est due, non à une anomalie de soudure des canaux de Müller, mais à l'atrophie de l'un de ces canaux, on a :

- 1° L'utérus unicolore simple.
- 2° L'utérus unicolore avec corne rudimentaire.

◇ ◇ ◇

De la gamme des malformations englobées par cette classification que nous avons voulu complète, nous distinguerons quelques types majeurs, éléments n'ayant pas la prétention d'être en eux-mêmes une classification, mais plutôt une simplification destinée à l'étude obstétricale.

C'est l'état de gravité de ces utérus malformés qui sera l'élément à considérer par l'étude du rapport de l'œuf et de l'utérus gravide.

Nous ramènerons l'étude de l'évolution de la grossesse dans les utérus doubles à quatre cas cliniques :

1° *Utérus unicorne* :

La qualité du muscle utérin, la constitution du col et du segment inférieur sont les facteurs du pronostic.

2° *Utérus doubles* :

A la malformation de l'utérus gravide, vient s'ajouter le risque de l'obstacle mécanique du deuxième utérus *prævia*.

3° *Corne rudimentaire* :

La malformation est à son comble, l'accident de rupture inévitable.

4° *Utérus type cordiforme* :

Les facteurs consécutifs à la constitution de l'utérus persistent, tandis que cette disposition anatomique favorise les présentations transversales.

d) *Duplicité utérine et fécondation*

La grossesse s'avère impossible dans une proportion assez grande. La stérilité atteint un tiers des cas suivant les différentes statistiques qui ont été dressées (Pfannenstiel, Gibs, Chéron).

Les causes de cette infécondation peuvent être dues aux malformations des organes pelviens asso-

ciées à l'anomalie utérine ; l'ovulation en est troublée ; la stérilité est d'origine glandulaire.

L'absence totale des trompes s'observe fréquemment en même temps que les malformations utérines très prononcées. Il faut signaler aussi leur séparation de l'utérus, l'atrophie et leur transformation en tractus solides, l'atrésie de leur extrémité libre, le rétrécissement et l'oblitération à la partie moyenne (Ziegler).

La stérilité est parfois attribuée à la malformation vaginale (atrésie). Dans d'autres cas, le vagin praticable lors des rapports, ne correspond pas avec l'utérus fécondable. Maurin, de Genève, cite un cas où il dut sectionner une cloison vaginale. L'orifice du col était situé au fond du vagin droit et le coït ne se pratiquait que par le vagin gauche.

La stérilité est aussi signalée dans les cas où il y a hémato-colpos, quoique bien souvent on a constaté hémato-colpos d'un côté et grossesse de l'autre.

Mais la cause principale de l'infécondation reste l'arrêt de développement de l'ensemble utéro-ovarien. L'utérus et ses annexes mal développés, infantiles, n'ont pas atteint le degré de maturation suffisant à leur fonction.

En cas de grossesse, les deux utérus peuvent être gravides simultanément ; la duplicité utérine, en effet, constitue une circonstance éminemment favorable aux grossesses gémellaires (Guérin, Valmale, Bousquet, Laffitte).

La littérature obstétricale conserve même de nombreux cas de véritable superfétation (Sotschowo). C'est ainsi que dans un utérus didelphe, la gravidité d'un utérus peut être antérieure de quelques mois à une grossesse évoluant dans l'autre.

Chaque cavité utérine peut être gravide successivement ; ordinairement cependant (Bar), c'est dans l'utérus le mieux développé que la femme devient plus facilement enceinte parce que le vagin qui y correspond est le plus praticable.

Dans une corne utérine rudimentaire ne communiquant ni avec le vagin, ni avec l'autre corne, la gravidité est possible. D'après Küssmaul, l'orifice de communication entre les deux cornes a existé, mais il a disparu sous l'influence de la grossesse. Les observations de Schroöder ont cependant démontré que cet orifice de communication peut réellement faire défaut. La fécondation a lieu alors par la voie péritonéale. Un spermatozoïde traverse la corne bien développée et va féconder un ovule provenant de l'ovaire correspondant. Cet œuf est recueilli par la trompe du côté opposé qui le conduit dans la corne rudimentaire. Dans un autre cas, c'est le spermatozoïde qui chemine sur le péritoine et va féconder un ovule du côté opposé (*transmigration péritonéale du spermatozoïde ou de l'œuf*).

En résumé : la gravidité survient le plus fréquemment dans ces utérus malformés. L'anomalie anatomique ne fait que multiplier les obstacles mécaniques à la rencontre germinale, obstacles que la nature a déjà accumulés dans un organisme normal.

II

OBSERVATIONS

Observation N° I

Dionis (*Hist. Anat. d'une matrice extraordinaire*,
Paris, 1693) (*in* thèse Bouscarle, Paris, 1924)

Rupture d'un utérus double gravide à 6 mois.

On y rapporte le cas d'une femme ayant tous les symptômes de grossesse, hormis la suppression des règles, et qui, au sixième mois, fit des accidents mortels. L'autopsie fit trouver deux utérus, dont le plus petit, rudimentaire, était rompu ; il était le siège de la grossesse ; l'utérus le plus grand contenait un faux germe. Il s'agissait d'une dame de la cour de Louis XIV.

Observation N° II

Müller, 1873 (*in Arch. F. Gyn.*)
(Résumé *in* thèse Cerf, Paris, 1936)

Accouchement spontané après réduction manuelle de l'hémi-utérus non gravide praevia.

Il s'agit d'une femme multipare que Müller assista à deux reprises. Chaque fois, une tumeur vint mettre obstacle à l'accouchement, venant se loger au

détroit supérieur, oblitérant une partie du bassin, rétrécissant l'excavation, «jouant le rôle d'un fibrome praevia».

Cette tumeur fut repoussée en haut et latéralement par Müller, mais l'accouchement, très difficile, se termina par la mort de l'enfant.

L'existence de deux vagins révéla à cet auteur la nature de la tumeur : c'était la corne vide hypertrophiée venue se loger là.

Observation N° III

A. Ribemont-Dessaignes (*Obst.*, 1893)

Utérus bicorne. Neuf avortements ou accouchements prématurés de la corne droite. Trois grossesses normales de la corne gauche.

Compte rendu d'une observation de Goutermann. Il s'agit d'une femme chez laquelle les neuf grossesses de la corne droite se sont terminées par avortement, sauf une où l'expulsion eut lieu à 7 mois ; au contraire, les trois grossesses de la corne gauche ont évolué jusqu'au terme.

Observation N° IV

Schwaab, 1 (in *Bull. Soc. Obst., Paris*, 1900)

Utérus cordiforme. Quatre grossesses normales. Infection par rétention de caduque.

Mme X..., 32 ans, IVpare, réglée pour la première fois à 18 ans, toujours régulièrement depuis ; a déjà

eu trois grossesses qui paraissent avoir été normales, accouchements à terme sans incident.

Quatrième grossesse. — Les dernières règles observées ont eu lieu le 6 décembre 1899. Evolution normale de la grossesse. Les premières douleurs sont ressenties le 14 septembre 1900, à 4 heures du matin. A 19 h. 45, la dilatation est d'une grande paume de main ; la rupture des membranes se produit, liquide amniotique verdâtre ; plus de bruits du cœur. A 20 heures, accouchement spontané. Circulaire lâche autour du cou. A 20 h. 20, délivrance naturelle.

Le 20 septembre, lochies fétides. Injection qui ramène caillots fétides ; état subfébrile qui persiste le 21 et le 22. Un examen pratiqué ce jour-là fait découvrir une cloison épaisse au fond de l'utérus. Les deux compartiments utérins contiennent des caillots libres putrides et à gauche des débris de caduque. La malade sort le 1^{er} octobre en bon état.

Observation N° V

Schwaab, 2 (in *Bull. Soc. Obst., Paris*, 1900)

Utérus bifide, accouchement normal à terme. Hémorragie à la délivrance. Rétention de caduque.

M^{me} X..., primipare, 26 ans. Réglée pour la première fois à 11 ans et demi ; règles régulières et abondantes. Les dernières règles ont été observées le 1^{er} janvier 1900. Evolution normale de la grossesse. Rupture prématurée des membranes, le 12 octobre 1900, à 1 heure du matin. Début du travail, ce même

jour à 7 heures. Accouchement spontané à 12 h. 45. La délivrance tarde à se faire; à 14 heures, brusque hémorragie, délivrance artificielle qui fait constater la rétraction de l'anneau de Bandl. L'examen fait découvrir une tumeur pédiculée et le diagnostic se pose entre malformation ou fibrome. Le 15 octobre, la température s'élève à 38°4. L'utérus est douloureux à la palpation. Un examen pratiqué fait découvrir que le col possède deux orifices; le col droit donne accès à l'utérus gravidé qui est vide; le col gauche à la cavité non gravidé d'un petit utérus rempli de caillots; existence d'une caduque peu adhérente et infectée; curage.

Observation N° VI

Maire (in *Bull. Soc. Obst.*, Paris, 1902)

Utérus bicorne. Grossesse gémellaire : avortement d'un côté, accouchement à terme de l'autre. Inertie.

M^{me} X..., 35 ans, primipare. En août 1899, lors de l'examen, on trouve un vagin divisé en deux par une cloison épaisse. Le toucher est difficile vu l'étroitesse de chaque canal vaginal. Le palper fait trouver deux masses du volume d'un poing, mobiles, indépendantes, l'une très dure, l'autre molle, pâteuse. Le diagnostic est porté d'utérus double, l'un fibromateux, l'autre gravidé. Diagnostic confirmé par un autre examinateur. Suppression de la cloison vaginale en octobre. En décembre, avortement d'un œuf

contenu dans l'utérus que l'on croyait fibrômateux. En mars 1900, accouchement à terme, application de forceps pour suppression des contractions. Délivrance artificielle pour se rendre compte de l'état des utérus dont les cols sont unis en canon de fusil. Les corps sont complètement indépendants.

Observation N° VII

Démelin-Perret (in *Bull. Soc. Obst.*, Paris, 1902)

Utérus duplex. Présentation de l'épaule.

M^{me} A..., 23 ans, IIpare, est admise à la clinique Tarnier, pour présentation de l'épaule trouvée lors de l'examen du 6 février 1902. On constate l'existence d'une bride vaginale épaisse. Col béant dans lequel on a la sensation d'un orifice admettant à peine l'extrémité du doigt. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse ronde, régulière, du volume d'une mandarine, réductible, que l'on reconnaît pour un utérus non gravide, augmenté de volume ; le diagnostic s'impose d'utérus duplex à corps séparés s'abouchant à un seul col. Réglée pour la première fois à 14 ans ; règles régulières, abondantes, indolores. Première grossesse en 1901, expulsion à terme, après quatre jours de travail pénible et douloureux, d'un enfant mort. Au huitième mois de la grossesse actuelle, l'examen note épaule droite, dos en arrière, bassin plat. Les premières douleurs sont ressenties le 7 février, à 9 heures ; la dilatation est complète à

12 h. 30. Version ; extraction. Délivrance naturelle. dans la nuit, expulsion de caduque, vraisemblablement de l'utérus non gravide.

Observations N^{os} VIII et IX

Bonnaire (in *Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris*, 1902)

Grossesses et accouchements normaux dans utérus bifides.

Observations de deux cas de grossesse dans utérus bifide. Pendant que l'œuf se développait dans une des cornes, l'autre corne était le siège d'un accroissement considérable de sa muqueuse qui présentait toutes les modifications de la caduque.

Les grossesses ont évolué normalement et les accouchements ont eu lieu à terme sans incident. Après la délivrance, expulsion spontanée de caduque de la corne non gravide.

Observation N^o X

L. Lefèvre et Bonnet

(in *J. de Scienc. Méd.*, Lille, 1904)

Présentations vicieuses à répétition dans un utérus cordiforme.

M^{me} X..., 38 ans, Vpare, première grossesse à 32 ans, présentation du siège, enfant mort ; deuxième et troisième grossesses, présentations de l'épaule, versions par manœuvres internes laborieuses ; enfants morts. Quatrième grossesse, accouchement prématuré,

présentation transversale, version par manœuvres externes, tampons; application de forceps. Cinquième grossesse, accouchement à 8 mois et demi; présentation de l'épaule, tentative de version externe sans résultat; version par manœuvres internes. La malformation est reconnue après la délivrance; utérus cordiforme.

Observation N° XI

Pierra L. (in *Bull. Soc. Obst.*, Paris, 1908)

Hermi-utérus non gravide praevia remontant spontanément.

M^{me} S..., 26 ans, primipare, réglée à 14 ans, peu d'abord, puis plus abondamment, toujours irrégulièrement et avec intervalles d'aménorrhée complète de 6, 8 et 10 mois. Mariée en avril 1907; le mari s'aperçoit que les rapports présentaient parfois des difficultés. Les dernières règles remontent au 15 mai 1907. L'examen à 6 mois fait constater un utérus manifestement bilobé, lobe droit plus développé. La paroi utérine s'applique étroitement sur le fœtus qui ne peut être mobilisé; la mère perçoit peu de mouvements. Il existe une cloison vaginale de 2 mm. d'épaisseur, plissée comme la muqueuse vaginale normale. Le vagin droit est plus large, un seul col. Présentation du siège. Lors de l'accouchement qui se fit à terme, l'enfant vint se placer à cheval sur la cloison vaginale que l'on fut obligé de sectionner. L'utérus non gravide, plus ou moins situé dans

l'excavation, gêne un temps l'engagement, mais remonte spontanément. Délivrance normale. Dans les suites de couches, légères rétentions lochiales.

Observation N° XII

Daspre (in *Cong. d'Ass. Franç. Chir.*, Paris, 1910)

Grossesse et accouchement normaux dans utérus bicorne.

M^{me} X... vient consulter pour une certaine particularité gênante de ses voies génitales. Le mari a constaté deux compartiments vaginaux ; celui de droite seul est utilisé.

Réglée à 11 ans, normalement. Dernières règles le 7 mai 1909. L'utérus est gravide, l'utérus gauche augmenté de volume, légèrement rétroversé ; vagin double, deux cols. Présentation siège complet. Accouchement à terme ; le 4 février 1910, le travail débute à 11 heures du soir ; la dilatation est complète le lendemain à 5 heures, l'expulsion de la tête dernière sans manœuvre de Mauriceau. A 7 heures, délivrance normale.

Observation N° XIII

Brouha, 1 (in *Scalpel*, Liège, 1910)

Avortements à répétition, accouchement prématuré dans un utérus bifide.

M^{me} X..., 23 ans, réglée à 12 ans, régulièrement mais douloureusement pendant la première journée. Mariée à 19 ans et demi. Première grossesse, avortement

de 5 mois et demi. Quatre mois plus tard, deuxième grossesse, interrompue à 6 mois et demi. Un an plus tard, troisième grossesse, également interrompue à 6 mois et demi. Chaque fois, après ces trois grossesses, il y a eu, dans les jours suivants, expulsion d'une membrane de forme triangulaire, qui a fortement intrigué l'accoucheuse. Quatrième grossesse : on porte le diagnostic de grossesse extra-utérine. A l'intervention, il s'agit d'un utérus double dont l'un gravis est longuement pédiculé, s'implantant sur le col de l'autre. Accouchement prématuré à 7 mois et demi. Pendant les suites de couches, élimination de petits fragments non caractéristiques.

Observation N° XIV

Piquand et Bitte

(in *Bull. Mém. Soc. Anat.*, Paris, 1910)

Avortements à répétition dans un utérus didelphe.

M^{me} J..., 34 ans, entre à l'hôpital pour pertes et douleurs abdomino-pelviennes depuis plusieurs mois. Règles toujours régulières ; a fait trois avortements de 5 mois environ. A l'examen de la malade, on découvre deux corps utérins, deux cols séparés, bride vaginale au fond du vagin.

Observation N° XV

Brindeau (in *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, Paris, 1913)

Avortements et accouchement prématuré dans un utérus bicorne.

M^{me} X..., 36 ans; réglée à 13 ans. Pendant 9 ans, mariée sans enfant.

En 1910, première grossesse, avortement à 5 mois, évacuation de caduque. L'examen avait montré la présence de deux utérus et un seul col. Un mois après, il est impossible de retrouver la trace de cette bifidité. 1911 : deuxième grossesse, avortement à 6 mois, suivi d'expulsion de caduque. 1913 : troisième grossesse, évolution sans incident jusqu'au septième mois. Les trois grossesses ont eu lieu dans la corne gauche chaque fois.

Observation N° XVI

Fabre et Trillat (in *Bull. Soc. Gyn.*, Paris, 1913)

Rupture à 6 mois d'un utérus cordiforme gravide.

Présentation d'un utérus cordiforme. La malade est morte à 6 mois de la grossesse par rupture. La pièce montre une échancrure médiane, des cornes globuleuses. Le fœtus est en position transversale. L'épaisseur de la paroi utérine, de 8 à 10 mm. au niveau de l'échancrure médiane, s'amincit progressivement jusqu'à 2 mm. au niveau des cornes.

Observation N° XVII

Gross et Fröhinsholz

(in *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1913)

Grossesse et accouchement normaux après hémihystérectomie.

Malade dont les règles sont très douloureuses, peu abondantes, revenant toutes les trois semaines, chez qui on a pratiqué une hémihystérectomie pour hématosalpinx. Depuis l'opération, règles non douloureuses ; grossesse : évolution normale ; accouchement : début du travail le 23 janvier, à 8 heures du soir ; le 24, à 14 heures, col en voie d'effacement. Le 25, à 19 heures, dilatation complète ; à 19 h. 20, accouchement spontané, délivrance naturelle.

Observation N° XVIII

Fitzpatrick, 1924 (in *Western, Med. review*, XXIV, 227)
(in thèse Cerf, Paris, 1936)

Césariennes successives de chaque utérus pour dystocie par héli-utérus non gravide praevia lors de chaque accouchement,

Il s'agit d'une femme dont Fitzpatrick raconte l'histoire ; cette femme eut des grossesses successives dans chaque cavité d'un utérus didelphe. A chaque accouchement, une opération césarienne fut pratiquée et chaque fois pour la même raison : dystocie causée par la rétroversion de l'héli-utérus non gravide.

Observation N° XIX

Metzger, 1929 (in *Thèse Fournié*, Paris, 1929)

Césariennes successives de chaque utérus pour dystocie par hémi-utérus non gravide praevia lors de chaque accouchement.

M^{me} G..., 42 ans, réglée à 12 ans; arrêt pendant un an. Depuis, les règles sont régulières, abondantes, durant huit jours, douloureuses les premiers jours.

En 1910, première grossesse, accouchement à terme, présentation du siège.

En 1912, deuxième grossesse, accouchement à terme et délivrance normale.

En 1914, troisième grossesse, accouchement à terme, long, pénible, présentation du siège, tête dernière très difficile, enfant mort-né. Délivrance artificielle deux heures après l'accouchement pour inertie utérine.

En 1926, quatrième grossesse; dernières règles le 18 février; le 24 décembre, les premières douleurs apparaissent à 11 heures du matin. M. le professeur Metzger trouve à l'examen: une présentation très élevée, un col deporté en avant, et dans le cul-de-sac postérieur, il sent une tumeur dure, bloquée. Il décide de faire une césarienne. A 11 h. 30, intervention. Extraction du fœtus très imbibé de méconium, mais qui respire dès qu'on l'a débarrassé de ses mucosités. Délivrance.

Il s'agit d'un utérus unicorne. On va à la recherche de la tumeur, probablement le deuxième utérus, mais on n'en trouve place nulle part.

Après l'opération, on examine à nouveau la femme. Par le toucher vaginal, on retrouve à nouveau la tumeur disparaissant en position inclinée.

Vers le 10 février 1927, retour des règles qui, depuis, durent chaque fois 3 à 4 jours. 20 janvier 1928 : nouvel arrêt des règles. En avril, la femme a des douleurs dans le bas-ventre et urine difficilement ; en outre, elle a une perte de sang. Hospitalisée, on la sonde pendant huit jours.

Pensant à un kyste ou à une tumeur pelvienne, le chirurgien traitant décide d'intervenir. A l'intervention, on procède simplement au désenclavement de l'utérus gravide enclavé dans le Douglas. Le 15 octobre, césarienne. A l'intervention, on reconnaît l'utérus vide qui porte la trace de la césarienne antérieure.

Extraction en bloc de l'œuf dont le placenta s'insère en avant. L'enfant respire aussitôt. La femme quitte le service quinze jours plus tard.

Observation N° XX

Favreau et Klein, 1931 (in *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, 1931)

Utérus bicorne. Corne praevia dystocique. Enfant mort. Désenclavement et ablation par voie haute. Accouchement par voie basse.

Il s'agit d'une grande multipare de 40 ans. Premières règles à 15 ans. Elle est réglée toutes les trois

semaines pendant huit jours. Depuis quelques années, elle a des leucorrhées visqueuses (métrite) et de l'hydrorrhée, de même que de légères anxiétés, la veille des règles.

Six grossesses antérieures ; les cinq premières : accouchements normaux en sommet. Le sixième, l'enfant fut extrait par forceps difficilement. Elle entre à la maternité au terme de sa grossesse. Les premiers mouvements datent du 15 août. Le 16 janvier, au matin, elle se rend compte et fait part à son entourage qu'elle ne sent plus remuer depuis deux jours.

Début du travail, douleurs du côté droit pendant les contractions utérines ; rupture spontanée des membranes. Au toucher, la sage-femme se rend compte d'un obstacle pelvien. Le médecin pense à un fibrome praevia.

A l'examen, auscultation négative, tête fixée, dos à gauche, utérus nettement hypotonique. Col complètement dilaté au toucher. En arrière et à droite, on sent une tumeur dure, ovoïde, régulière, sensible à la pression, de la grosseur d'un œuf de canne. On décide d'intervenir ; laparatomie sous-ombilicale. La main introduite dans l'excavation saisit la tumeur qui est ramenée en avant. Injection intra-musculaire de post-hypophyse n° 2. Au toucher vaginal, la tête fœtale est engagée et progresse. Application de forceps, facile et rapide. Enfant mort et macéré.

L'intervention par voie haute est poursuivie : on s'aperçoit que la tumeur est un héli-utérus. Section

du pédicule, suture, drainage. Suites opératoires excellentes.

Observation N° XXI

Trillat, Milhon et Ollagnier, 1933

(in *Bull. Soc. Gyn.*, 1932)

Utérus didelphe. Cinq avortements. Sixième grossesse : dystocie par héli-utérus non gravide praevia.

M^{me} G..., 31 ans, dernières règles remontent au 14 juillet 1931. Le 19 avril 1932, écoulement abondant de liquide amniotique, aucune contraction utérine. La hauteur utérine est de 29 cm, les bruits du cœur sont normaux. Cette femme a déjà eu cinq gestations interrompues au deuxième mois par des fausses couches. Le médecin traitant a diagnostiqué une malformation utérine. A l'examen, l'utérus est fortement incliné à droite; la présentation n'est pas engagée, la tête fœtale est perçue dans le fond de l'utérus. Au toucher, existence d'une cloison vaginale antéro-postérieure, deux cols utérins, celui de droite paraît plus facilement perméable au doigt que l'autre. Après une épreuve de travail, la présentation est toujours très haute, pas de dilatation. Césarienne basse, qui permet l'extraction facile d'un enfant de sexe masculin pesant 3 kg. 250 se présentant par le siège.

L'examen du bassin montre qu'il existe un deuxième utérus à gauche de volume d'une mandarine, de consistance dure. Il s'agit donc bien d'utérus

didelphe-bipartitus. Les suites opératoires furent inquiétantes dès les premiers jours ; ballonnement, température à 39°, pouls à 110.

Le 26 avril, la malade présente une dyspnée intense avec crise de cyanose et mourut à sept heures du matin. L'autopsie ne put être pratiquée. L'enfant quitta le service en bon état.

Observation N° XXII

Péry, 1934

(in Bull. Soc. Obst. et Gyn. Société de Bordeaux)
Césariennes successives de chaque cavité d'un utérus
didelphe.

M^{me} A..., 39 ans, cultivatrice, III Pare, entre à la maternité le 4 avril 1934 au terme de sa troisième grossesse, en travail depuis quelques heures.

En 1927, première grossesse: elle arrive à la maternité en travail avec une procidence du cordon et un enfant mort. Il fut pratiqué une césarienne pour tumeur praevia. Cette tumeur était un héli-utérus gauche prolabé dans le bassin. En 1930, au terme de la seconde grossesse, un forceps permet d'extraire un enfant mort. La tumeur praevia n'est pas perçue. Le 4 avril 1934, à son arrivée à la maternité, l'enfant donne quelques signes de souffrance, dilatation peu avancée (deux francs), utérus droit praevia.

La malade acceptant toute intervention susceptible de lui donner un enfant vivant, il n'est procédé à

aucune tentative de réduction de l'utérus praevia et d'extraction du fœtus par les voies naturelles.

Césarienne basse, enfant vivant. Les deux césariennes ont porté successivement sur deux cavités utérines différentes, chacune d'elles ayant constitué un obstacle praevia lorsque l'autre était gravide.

Observation N° XXIII

Docteur Lauret (*in Thèse Laffitte, Paris, 1939*)

Dystocie par héli-utérus non gravide rétroversé.

Réduction par ballon de Champetier.

M^{me} B..., 29 ans, primipare réglée à 19 ans, tous les mois, avec parfois des retards atteignant quinze jours. Règles ne durant que 48 heures, douloureuses. Elle avait consulté pour stérilité primaire de 6 ans. L'examen avait permis de reconnaître deux vagins et deux cols. Perméabilité tubaire satisfaisante avec l'appareil de Douay. A la suite d'un traitement endocrinien et diathermique les règles sont augmentées et deviennent régulières. Une grossesse évolue avec une série d'incidents (douleurs à type de coliques utérines, petites pertes de sang).

Le 30 décembre, enceinte de 8 mois 1/2, elle entre en travail. A l'examen, l'utérus gravide est très fortement dévié à droite, très allongé et très étroit. La présentation du sommet est élevée. Les bruits du cœur sont bons. Au toucher, dilatation de un franc. L'héli-utérus non gravide est rejeté en arrière et à

gauche en rétroversion. Rupture de la poche des eaux.

Cependant, pas de tendance à l'engagement. On place un ballon de Champetier de 500 cm³ dans le vagin; la malade étant en position génu-pectorale, on le gonfle.

Deux heures après la pose du ballon, la tumeur latéro-utérine semble être perceptible au palper abdominal à côté de la tête qui, bien centrée, commence à plonger.

On retire le ballon et on vérifie la réduction de l'hémi-utérus non gravide praevia. Accouchement spontané d'un garçon vivant pesant 2.600 grammes après treize heures de travail.

Délivrance naturelle.

Suites de couches normales, expulsion spontanée de la caduque en fragments le deuxième jour.

Observation N° XXIV

Lauret 2 (*In Thèse Laffitte, Paris, 1939*)

Dystocie par malformation du segment inférieur et du col.

M^{me} V..., primipare, 22 ans, grossesse normale. A la vingtième heure du travail qui s'est déclenché à terme, l'examen montre une forte bride vaginale et l'absence d'engagement de la présentation.

L'utérus est dévié à droite, hauteur utérine 34 cm., bruits du cœur bons. La dilatation est de deux francs. La poche des eaux est rompue sans que l'on puisse

préciser l'heure de sa rupture. On note l'aspect très étroit, étriqué, du col et du segment inférieur, on ne sent pas de tumeur latéro-utérine, le bassin est normal.

A dilatation complète, celle-ci ne dépasse pas la taille d'une très petite paume, la tête très haute ne s'engage pas.

Césarienne. On constate à l'ouverture du ventre que le segment inférieur est croisé en avant par un gros plexus veineux; à gauche on trouve un utérus rudimentaire s'implantant à la partie postéro-latérale du segment inférieur. Sa trompe paraît très augmentée, kystique avec un très petit ovaire. Durant la césarienne basse laborieuse, une hémorragie importante par ouverture du plexus veineux nécessite une injection intra-veineuse de 5 unités de post-hypophyse. Enfant vivant pesant 3 kg. 250. Suites normales. On n'observe pas d'expulsion de caduque.

Observation n° XXV

Lauret 3 (*Thèse Laffitte, Paris, 1939*)

*Utérus didelphe. Grossesses gémellaires à répétitions.
Malformation du segment inférieur.*

M^{me} D..., 21 ans, primipare, présente un utérus didelphe; première grossesse : gémellaire, bien supportée. Accouchement à huit mois de deux filles décédées, le troisième jour. Deuxième grossesse, fausse-couche gémellaire à trois mois. Troisième grossesse : gémellaire. Accouchement à sept mois : deux filles

vivantes. Procidence du cordon de la première jumelle, délivrance artificielle pour enchatonnement du placenta. Quatrième grossesse à dilatation complète, procidence d'un bras (dorso antérieur), procidence du cordon. Bassin annelé légèrement rétréci.

Césarienne basse : on éprouve une certaine difficulté à décoller le péritoine vésico-utérin et à faire une incision uniquement sur le segment inférieur, celui-ci étant très court (6 cm. environ), on prolonge l'incision en bas.

Hémorragie importante par blessure d'un plexus veineux transversal qui cède après injection dans le muscle utérin de 10 unités de post-hypophyse. Enfant vivant. L'hémi-utérus gauche non gravide est placé très haut en arrière au-dessus de la ligne innominée. Pas d'expulsion de caduque.

Suites normales.

Observation n° XXVI

Brault (inédite)

Présentation de l'épaule dans un utérus cordiforme.

M^{me} C..., III pare, premier accouchement en 1913, normal; deuxième accouchement en 1921, présentation du siège; troisième grossesse, début du travail à terme, le 18 juillet 1930, à 15 heures. A 22 heures on constate une présentation de l'épaule. Dilatation d'une petite paume, poche des eaux intacte.

Le 19 juillet, à une heure, le palper ne donne aucun renseignement; l'auscultation est positive sur la ligne

médiane; au toucher le col est très mince, se laisse dilater avec une extrême facilité. La poche des eaux est intacte, contenant une main.

Sous anesthésie à l'éther, après rupture de la poche des eaux, le docteur Brault pratique une version assez laborieuse; le bras postérieur n'est pas relevé mais l'antérieur l'est. Extraction facile de la tête dernière.

La main introduite de nouveau dans l'utérus constate alors l'existence de deux cavités séparées par un éperon tranchant, qui se trouve à ce moment à 3 ou 4 cm. seulement de l'orifice du col. La cavité droite qui contient le placenta est sphérique. Elle a l'aspect et la consistance d'un utérus normal.

La cavité gauche est plus étroite, plus longue, presque cylindrique. Sa paroi est beaucoup plus épaisse et plus dure.

Le fond de l'utérus présente extérieurement une encoche très marquée. La cloison séparant les deux cavités est complète, dure, épaisse.

Délivrance artificielle immédiate. Le siège du fœtus était dans la cavité droite, la tête dans la gauche, le dos en avant.

Suites de couches normales.

III

A - LA PARTURITION DANS LES UTERUS DOUBLES

La physiologie utérine *normale* comporte deux phases au cours de la gestation :

Pendant la première, l'utérus reçoit et nourrit le produit de la conception en modifiant profondément sa constitution. Il acquiert la propriété de se laisser distendre. Cette extensibilité permettant l'augmentation de la capacité utérine qui passe de quelques centimètres cubes à 3 ou 4 litres (Tarnier et Chantréuil). La distension passive des parois est compensée par l'hypertrophie des fibres musculaires, l'épaississement de la muqueuse, l'exagération des circulations sanguines et lymphatiques.

L'acte de l'accouchement caractérise la deuxième période. Au cours de cette phase de grande activité, l'utérus expulse le fœtus au terme de la grossesse par un phénomène complexe de travail. Des contractions énergiques de la musculature lisse provoque l'effacement du col, son incorporation au segment inférieur dont le rôle prépondérant au cours du travail est démontré depuis les recherches de Démelin.

Ces fonctions successives de l'utérus mettent en jeu des aptitudes différentes. L'observation clinique

apprend que ces fonctions sont diversement troublées suivant les caractères anatomiques et morphologiques de la malformation.

1) Evolution de la grossesse

Il est à noter :

- 1° La fréquence et la répétition des avortements et des accouchements prématurés;
- 2° La possibilité de rupture utérine;
- 3° La proportion élevée de grossesses gémellaires.

Avortements et accouchements prématurés :

Observations n^{os} III, IV, XIII, XIV, XV, XXI, XXV.

— Ils s'expliquent par le même mécanisme : un utérus malformé, doué d'une paroi musculaire de mauvaise qualité, présentant en certaines régions des zones de moins bon développement, donc de moindre résistance, réagit avec une sensibilité spéciale à la distension (Bouscarle).

D'autre part, l'insuffisance de développement de la cavité utérine contribue à inciter l'utérus à se contracter dès qu'il est gravide. Il semble se faire cependant une adaptation progressive par les cas où l'on voit les avortements se produire à une époque de plus en plus rapprochée du terme. L'observation XV est très démonstrative : la première grossesse fut interrompue à 5 mois, la seconde au 6^e, la troisième au 7^e.

Cette interruption de la grossesse est fréquente. Dubreuil-Chambardel, sur 467 observations, compte

102 avortements et 78 accouchements prématurés, soit un chiffre de 40 %. Bertlick, dans sa thèse, donne la proportion voisine de 43,4 %.

Leur caractère spontané, l'absence de tout autre signe clinique ou sérologique permettant d'incriminer une spécificité, suffisent à démontrer l'influence étiologique de la malformation ; cependant, elles peuvent aussi reconnaître les causes habituelles, notamment la rétroversion fréquente coexistante.

La rupture.

Observation n^{os} I, XVI. — C'est l'accident le plus à redouter. Cette complication est cause d'une mortalité maternelle très élevée de 63 % pour Cohn à 87,9 % pour Stoll.

Elle survient avec le maximum de fréquence vers le quatrième ou cinquième mois de la grossesse, et siège en général sur la face supéro-interne de la corne, au point où la paroi musculaire est la plus fragile, lieu où la réunion des cornes aurait dû s'opérer.

Cette complication est la règle lorsque la grossesse évolue dans la corne rudimentaire d'un utérus double. En effet, cette corne contient toujours une cavité, même en cas d'atrophie très marquée. Cette cavité est le plus souvent borgne-interne et ne s'ouvre que du côté de la trompe. L'œuf peut se fixer néanmoins dans cette corne atrésiée par le mécanisme de la migration externe de l'œuf ou du spermatozoïde.

La grossesse, dans cette éventualité, présente les mêmes caractères que la grossesse extra-utérine, et

c'est souvent l'intervention commandée par ce diagnostic qui fait découvrir la malformation ignorée par l'examen, d'autant plus facilement que col et vagin étant uniques, rien ne permet cliniquement de la soupçonner.

On a enfin cité des cas où il ne se produit pas de rupture. Le fœtus mourant avant terme, protégé par la paroi musculaire, peut échapper à la putréfaction et aboutit à la formation d'un lithopédion plus ou moins complet (Himmelfarb, Hirst).

Les grossesses gémellaires.

Il semble que la duplicité utérine constitue pour elles une circonstance éminemment favorable (observations VI et XXV).

Elles résultent d'une double ovulation, un fœtus se développant dans chaque héli-utérus. Les deux fécondations peuvent d'ailleurs ne pas être contemporaines. C'est ainsi que dans un utérus didelphe, on peut voir survenir une grossesse dans un utérus et quelques mois après une nouvelle fécondation dans l'autre (Sotschowo).

Ces grossesses gémellaires présentent la particularité d'être récidivantes ; l'observation XXV rapporte le cas d'une femme ayant eu trois grossesses gémellaires successives.

Leur évolution se fait habituellement vers un double avortement (obs. XXV). Il peut y avoir cependant avortement d'un seul utérus sans que la seconde grossesse soit interrompue (obs. VI).

Il se peut aussi que de telles grossesses soient conduites jusqu'au voisinage du terme ; « elles sont alors une cause d'accouchement relativement facile et favorable car les enfants sont petits, et d'autre part il n'y a pas possibilité d'obstacle praevia, les deux hémi-utérus ayant crû en hauteur de façon parallèle » (Laffitte, Paris, 1939).

Enfin, on a publié des cas de grossesses gémellaires résultant de fécondations non contemporaines se conduisant chacune jusqu'à terme. Les accouchements se seraient donc produits à des époques différentes (Kirchbach, *Deutsch Und Wochenschr.*, Leipzig und Berlin, 1913 ; Smith, *G. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, Londres, 1914).

II) L'accouchement

— *Le travail* peut se compliquer de dystocie par :

- 1° anomalie de la contraction ;
- 2° insuffisance ou absence de dilatation ;
- 3° obstacle praevia de l'hémi-utérus non gravide ;
- 4° présentation vicieuse.

— *La délivrance* présente parfois des complications. Ce sont :

- 1° le défaut de décollement du placenta ;
- 2° des hémorragies ;
- 3° la rétention de membranes ou de caillots.

— *Les suites de couches* sont caractérisées par :

- 1° l'expulsion de caduque par la corne non gravide, ou sa rétention ;
- 2° la prédisposition à l'infection.

Anomalie de la contraction.

Des anomalies dans sa constitution se surajoutent aux malformations morphologiques de l'utérus. La minceur de la paroi ne fait que s'exagérer au cours de l'évolution de la grossesse. La mauvaise élasticité des fibres de la couche musculaire (Bar) suffisent à expliquer, en dehors de toute autre cause, le caractère souvent défectueux du travail. Il en résulte pour le muscle utérin des contractions « faibles, mauvaises, irrégulières, causant le plus souvent une inertie primitive » (Bouscarle), ou bien on observe au contraire de la contracture.

La musculature déjà fatiguée par la distention est défailante. De plus, « l'obliquité fréquente de l'utérus augmente la dystocie d'engagement, la tête appuyant mal sur l'orifice du détroit supérieur. La présentation reste élevée, mobile, avec tendance à fuir dans une fosse illiaque. »

Ces facteurs sollicitent mal le col à se dilater; le travail subit de ce fait une prolongation de durée très notable.

L'absence ou l'insuffisance de dilatation.

Observations princeps et n° XXIV.

La dilatation s'effectue sous deux influences : en premier lieu, la puissance des contractions de la musculature utérine ; nos observations précédentes ont montré qu'en cas d'inertie, la dilatation n'est pas sollicitée.

Un second facteur a été mis en évidence par les travaux de Demelin : c'est le rôle du segment inférieur.

La tunique musculieuse, dans un utérus normal, s'amincit progressivement de haut en bas. La contraction a pour effet de raccourcir le fond utérin où la musculature est le plus développée ; elle attire en haut et en dehors l'anneau de contraction, limite supérieure du *segment inférieur qui s'étire et s'amincit* et qui peut être considéré comme l'insertion du muscle creux que constitue le corps de l'utérus.

Le fœtus est comme chaussé, et, poussé par cette « vis a tergo », il engage sa présensation à travers le canal cervico-segmentaire, « de la même façon, dit Duncan, que les bras tirent sur la tige d'une botte en même temps que le pied est poussé à l'intérieur de la botte ». Il paraît donc possible qu'une malformation à ce niveau perturbe profondément la marche du travail, sans que d'autres causes de dystocie puissent être incriminées.

Le défaut de dilatation ne peut être rapporté à l'inertie utérine, mais plutôt à un phénomène comparable à l'hypertonie utérine sur laquelle Vignes a attiré l'attention, par suite de l'absence de région anatomique pouvant se constituer en segment inférieur.

Cette cause ne peut être mise en doute dans l'observation que nous rapportons au début de cette thèse :

Les contractions sont, en effet, « douloureuses,

intenses, régulières ». « Elles ont débuté le 29 mai et ont continué les 30 et 31. »

« Malgré ces contractions énergiques », on constate « l'absence de toute dilatation ».

A l'intervention, « aucune trace de segment inférieur... le muscle est épais d'au moins deux à trois centimètres... incision en plein muscle... »

Nous extrayons de l'observation n° XXIV (Lauret) : « A la vingtième heure de travail, l'examen montre l'absence d'engagement de la présentation. On note l'aspect très étroit, étriqué du col et du S. I. On ne sent pas de tumeur latéro-utérine, le bassin est normal... A dilatation complète, celle-ci ne dépasse pas la taille d'une très petite paume. La tête très haute ne s'engage pas. » La césarienne basse fera découvrir des anomalies du segment inférieur.

A ces malformations, il s'associe souvent une perturbation des rapports anatomiques, notion très importante au point de vue chirurgical.

1° La circulation est atypique :

Une seule artère utérine irrigue chaque hémi-utérus suivant le bord externe. Le bord interne est ayasculaire.

Plusieurs observations signalent la présence d'un plexus veineux qui croise la face antérieure du S. I. et dont l'ouverture est cause fréquente d'hémorragies.

Obs. XXIV : « une hémorragie importante par ouverture du plexus veineux nécessite une injection intra-veineuse de 5 unités de post-hypophyse ».

Obs. XXV. : « hémorragie abondante par blessure d'un plexus veineux transversal... »

2° Une disposition anormale du péritoine tient à la duplicité utérine (cul-de-sac inter-utérin), mais la césarienne basse est parfois compliquée par des adhérences inhabituelles au niveau du péritoine vésico-utérin.

Obs. XXV : « On éprouve une certaine difficulté à décoller le péritoine vésico-utérin. »

Bref, la malformation du S. I. comme cause de dystocie dans les cas de duplicité utérine doit être retenue.

Obstacle praevia de l'hémi-utérus non gravide.

Observations n^{os} II, XI, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII. — Cette complication rare est de connaissance récente.

Pendant la grossesse, l'hémi-utérus vide subit des modifications semblables à celles d'un utérus normal évoluant au cours d'une grossesse extra-utérine : Son col se raccourcit, se ramollit, sa muqueuse s'hyperplasie, il « *augmente de volume* ».

La tumeur qu'il forme agit mécaniquement en obstruant le petit bassin par sa consistance ferme, son immobilité, sa position en rétroversion fréquente, son siège (tantôt au détroit supérieur, tantôt dans l'excavation, soit en avant, soit généralement en arrière de l'utérus gravide et plus ou moins latéralement par rapport à lui) (N. Cerf).

Cela exige une indépendance suffisante des deux utérus. Cette dystocie est le plus à redouter en cas d'utérus didelphe ou pseudo-didelphe.

En effet, « dans les utérus bicorne et biloculaire total, dit Delas, l'utérus non gravide subit dans la cavité abdominale, un mouvement d'élévation qui l'entraîne accolé à l'utérus gravide dont il est peu dépendant ».

« Il est évident que lorsque les deux utérus sont solidaires, il n'y a pas de risque de tumeur praevia. » (Metzger.)

Cependant, les utérus bicornes vrais peuvent présenter cette dystocie : sur 27 observations, Cerf en compte 7 cas.

Quel est l'avenir obstétrical en cas d'obstacle praevia ? La dystocie est parfois momentanée et la tumeur remonte spontanément, soit d'une façon précoce au début du travail, soit plus tardivement. Lafitte, citant une observation de Frùhinshold, rapporte : « Toute la partie droite de l'excavation est remplie par une masse dure qui s'y maintiendra jusqu'au début du travail. Dès les premières contractions, la masse pelvienne dystocique disparaîtra. »

Obs. n° XI : « L'utérus non gravide plus ou moins situé dans l'excavation, gêne un temps l'engagement, mais remonte spontanément. »

Mais cette réduction spontanée fait souvent défaut ; et sauf des conditions spéciales (fœtus de petite taille au cours d'accouchements prématurés, enfant mort macéré), l'accouchement par les voies naturelles

s'avère impossible et l'attente risque de laisser passer le moment favorable d'une intervention.

Dans les cas fréquents de présentation du siège, il faut de même craindre que le corps une fois passé, la tête ne soit retenue dernière par la tumeur.

Les présentations vicieuses.

Obs. VII, X, XXVI :

Dans les utérus à grand axe longitudinal (unicorne, didelphe, pseudo-didelphe), il n'y a pas à proprement parler de dystocie de présentation. Il est de règle d'observer des présentations longitudinales avec une grande proportion de sièges.

Il faut reconnaître, cependant, que la tumeur prae-via formée parfois par l'utérus non gravide empêche la tête de se placer en bas. La présentation, gênée dans son accommodation, reste élevée, mobile, avec tendance à fuir dans une fosse iliaque.

Malgré tout, étant donnés l'étroitesse de l'hémi-utérus, son allongement en fuseau, sa forme cylindrique, la présentation longitudinale reste obligatoire. Tout au plus, l'insuffisance des contractions peut-elle déterminer des faces ou des fronts. Nous ne connaissons pas cependant des observations de ce genre.

Par contre, dans l'utérus cordiforme, dans les variétés où il persiste une cloison partielle (obs. XXVI), le fœtus s'accommode suivant le grand diamètre que les cavités utérines lui présentent.

Gaulene relève, sur 44 cas de grossesses dans des utérus cordiformes, 15 présentations transversales. Boni écrit qu'il y a autant de présentations du siège que de présentations de l'épaule.

La duplicité de la cavité, l'éperon qui persiste au fond de l'utérus, ou la cloison qui divise le col, mettront obstacle aux tentatives de version externe. Ces mêmes causes rendront laborieuses les versions internes.

Pour être complet, il convient de signaler la possibilité d'une dystocie vaginale par le fait d'une cloison, d'une bride ou d'une atresie.

Episiotomies ou simples sections auront raison de ces derniers obstacles (obs. n° XI).

III) La délivrance

Obs. n°s IV, V :

Certaines particularités sont le fait de la malformation.

Le décollement du placenta est plus difficile que normalement, dit Lebesque. L'adhérence beaucoup plus forte des membranes occasionne fréquemment leur rétention partielle ou totale.

La délivrance spontanée ne s'effectuerait que dans 33 % des cas et il y aurait lieu fréquemment de pratiquer une délivrance artificielle (Lebesque).

L'enclôtonnement du placenta a été signalé par suite de la contracture.

D'autres fois, le placenta normalement décollé est expulsé de la corne gravide dans la corne vide où il reste (Binbaum). Rudl cite un cas où la corne contenant le placenta était disposée comme un diverticule de l'autre corne. Son ouverture fut trop petite pour laisser passer la délivrance.

Les hémorragies sont fréquentes. Elles sont dues le plus souvent, ainsi que les troubles du décollement placentaire, au défaut de contraction suffisante, à l'inertie survenant après la fatigue créée par le travail,

Lorsque le fœtus et le placenta ne siègent pas dans la même corne, il arrive que celle où est située le placenta ne se rétracte pas (Peter Müller).

Dans les utérus à cloison, celle-ci ne possède pas de fibres musculaires. Lorsque le placenta s'y insère en plus ou moins grande partie, il en résulte un décollement incomplet du placenta ou une hémorragie incoercible, angoissante (Knoop).

La rétention d'une partie du placenta ou des membranes, de caillots dans l'utérus gravide seront autant de causes prédisposantes à l'infection ou aux hémorragies secondaires.

IV) Les suites de couches

Obs. V, VII, IX, XI, XIII, XXIII :

L'expulsion de la caduque de l'hémi-utérus non gravidé, survenant vers le troisième jour, en est le phénomène le plus caractéristique.

Cette caduque, composée d'une véritable membrane, tomentueuse, blanchâtre ou rosée, friable, d'épaisseur pouvant atteindre 6 millimètres, est une masse ovoïde du volume d'un œuf de pigeon à un œuf de poule, prenant l'allure d'un moulage de la cavité utérine (Bouscarle).

Elle s'élimine en un seul bloc ou par fragments.

Sa rétention constitue un risque d'infection que les autres conditions de l'accouchement (lenteur du travail, interventions, hémorragies) contribuent à augmenter.

Les suites de couches traduisent encore la faiblesse musculaire déjà signalée :

L'involution utérine est lente ; l'utérus reste mou, paresseux à expulser les débris de la caduque plus adhérents, les caillots. Il en résulte une grande tendance à l'infection et les suites de couches sont très souvent subfébriles.

Le danger d'infection puerpérale à point de départ local fera l'objet d'une réserve dans le pronostic des suites de couches.

B - VALEUR FONCTIONNELLE DES UTERUS DOUBLES

Dans un tiers des cas, *la fécondation est impossible*. Cependant, cette stérilité n'en est pas pour autant d'origine utérine et cette proportion a pu être abaissée par la réduction des obstacles vaginaux, la correction de l'atrésie du col, l'ouverture d'hématocolpos ou par la stimulation ovarienne grâce à l'opothérapie. L'insufflation tubaire, le contrôle radiologique permettent d'orienter un diagnostic.

La fécondation a eu lieu. Quel pronostic porter à la connaissance des accidents interrompant l'évolution de la grossesse et des complications survenant lors de l'accouchement ? Ce rapport pose au praticien un dilemme dont la solution guidera souvent son comportement thérapeutique.

Doit-il avoir pour ces utérus le même respect que pour un utérus normal ? Autrement dit, le risque maternel et fœtal est-il couvert par une aptitude fonctionnelle suffisante ?

Il convient d'abord de reconnaître que la dystocie à l'accouchement n'est pas cause suffisante pour mettre en doute cette aptitude fonctionnelle.

Le rôle premier de la «matrice» est bien de mener la grossesse à terme et il n'y aurait pas plus de raison de stériliser systématiquement les femmes atteintes de malformations utérines que celles ayant un bassin rétréci. L'acte de l'accouchement, certes, témoigne aussi de la valeur de l'organe, mais la technique obstétricale sait parer ici à sa défaillance.

La clinique montre d'abord que l'intensité des déformations n'est pas en rapport avec la fréquence ou la gravité des accidents, sauf dans le cas limite de grossesse évoluant dans une corne rudimentaire. Elle apprend encore que l'évolution de la grossesse et de l'accouchement est essentiellement variable.

I. - Il est des cas où, malgré le retard embryologique plus ou moins considérable, *la grossesse évolue normalement* et se termine à terme par un *accouchement eutocique* :

Observation IV : quatre grossesses et accouchements normaux dans un utérus cordiforme.

Observation V : accouchement normal à terme dans un utérus bifide.

Observations VIII et IX : grossesses et accouchements normaux dans des utérus bifides.

Observation XI : accouchement normal à terme dans un utérus pseudo-didelphe.

Observation XII : grossesse et accouchement normaux dans un utérus bicorne.

II. - Il y a parfois *évolution variable* de *plusieurs grossesses successives* :

a) *Par adaptation progressive*, ainsi que le montre la répétition des avortements ou des accouchements prématurés à une époque de plus en plus rapprochée du terme :

Observation XIII :

première grossesse : avortement à 5 mois et demi;
deuxième grossesse : avortement à 6 mois et demi;
troisième grossesse : avortement à 6 mois et demi;
quatrième grossesse : accouchement prématuré à 7 mois et demi.

Observation XV :

première grossesse : avortement à 5 mois ;
deuxième grossesse : avortement à 6 mois ;
Troisième grossesse : accouchement prématuré à 7 mois.

Observation XXI :

cinq avortements ;
sixième grossesse : césarienne à terme pour obstacle praevia ; enfant vivant.

b) Certaines *dystocies sont facultatives*, ainsi que les présentations vicieuses, l'obstacle d'un demi-utérus non gravidè praevia :

Observation VII :

première grossesse : accouchement normal dans utérus duplex ;
deuxième grossesse : présentation de l'épaule.

Observation XI :

hémi-utérus praevia remontant spontanément.

Observation XIX :

trois grossesses normales ;

quatrième et cinquième : hémi-utérus non gravide praevia.

Observation XX :

six grossesses normales ;

septième : hémi-utérus non gravide praevia.

Observation XXVI :

deux grossesses et accouchements normaux ;

troisième : présentation de l'épaule.

III. - *Les différences d'un utérus à l'autre sont fréquentes :*

Observation III :

9 avortements ou accouchements prématurés de la corne droite ;

3 grossesses et accouchements normaux dans la corne gauche.

Observation VI :

grossesse gémellaire : avortement d'un côté, accouchement à terme de l'autre.

Observation princeps :

première grossesse : césarienne par défaut de dilatation ;

deuxième grossesse : forceps à dilatation complète.

En résumé :

On peut, à la lumière de ces observations cliniques, discerner quels sont les facteurs de l'aptitude fonctionnelle des utérus doubles.

1° *La qualité du muscle utérin* intervient au premier lieu. Sa fragilité ou l'élasticité de ses fibres, la contenance et l'orientation de la cavité, la minceur de la paroi sont les facteurs de la tolérance de l'utérus à son contenu (rupture, avortement). Au cours du travail, la défaillance musculaire se traduira par de l'inertie, parfois par de la contracture.

2° *Le développement du segment inférieur* et du col est à l'origine des phénomènes de dilatation et d'engagement au cours du travail.

3° *La variété anatomique de la malformation* est dans certains cas un élément de valeur : la rupture d'une corne rudimentaire gravide est fatale. Les présentations longitudinales sont la règle dans les utérus unicornes. Les présentations transversales à craindre dans les utérus cordiformes.

4° *Le siège de l'hémi-utérus non gravide*, sa dépendance vis-à-vis de l'utérus où siège la grossesse, sa rétroversion, sa gravidité simultanée fréquente sont des éléments dont la connaissance complètera les données du pronostic.

5° Un autre élément d'appréciation enfin de la valeur fonctionnelle de ces utérus est le degré de *développement du fœtus*. Or, il semble que son poids, à terme, soit sensiblement inférieur à la moyenne.

Dans l'observation présentée au début de ce travail, le premier fœtus pèse 2 kg. 850, et est noté comme paraissant un peu débile. Le second, 2 kg. 500, naît étonné et semble avoir été fatigué par un travail rapide et un forceps facile.

La malformation serait donc peut-être susceptible de gêner le développement de l'enfant. Malheureusement, nous n'avons pu trouver confirmation suffisante de cette hypothèse, le poids de l'enfant étant rarement indiqué dans les observations.

THERAPEUTIQUE

Deux faits qui ressortent de l'étude clinique dominent la thérapeutique :

1° La difficulté de porter un pronostic du fait que les éléments qui le commandent sont inaccessibles le plus souvent à l'examen ou que la recherche de la malformation n'est pratiquée qu'au moment d'un accident venant interrompre la grossesse ou compliquer l'accouchement.

2° La fréquence relative des accouchements spontanés. Sur 496 cas réunis par Dubreuil-Chambardel, 6 seulement furent dystociques.

I. - La grossesse

A) L'expectative est la règle. Il convient simplement d'en surveiller l'évolution, d'être prêt à parer au risque très grave d'une rupture, de prévoir la possibilité d'un avortement ou d'un accouchement prématuré.

B) Il n'y a pas lieu de pratiquer, pendant la grossesse, l'hystérectomie ou la fixation de l'hémi-utérus non gravide suivant la technique de Caplain. On ne peut exposer à des risques opératoires, si minimes

soient-ils, une femme dont l'accouchement peut s'effectuer d'une façon normale.

« Aussi peut-on considérer cette laparatomie prophylactique comme irrationnelle et contraire à toute logique. » (Leclerc.)

C) Cerf conseille, en cas d'hémi-utérus vide *prævia*, d'essayer de le refouler avant la date probable de l'accouchement. « Cette manœuvre est facile et sans inconvénient. »

Si elle échoue, il n'y a pas même lieu d'en déduire la certitude d'une césarienne. L'ascension spontanée de l'obstacle sera encore possible à une période avancée du travail.

Cette manœuvre, pour être tentée, exige que soient réalisées trois conditions (Laffitte) :

- 1° Mobilisation possible de la présentation ;
- 2° Situation de l'utérus vide au détroit supérieur ;
- 3° Petit volume de cet utérus vide.

Elle sera effectuée en position de Trendelenbourg (Caplain) ou en position genupectorale (Bué).

D) Si la présentation est transversale, l'essai de la transformer par manœuvres externes sera fréquemment voué à l'échec. Cette disposition du fœtus correspond au plus grand diamètre de l'utérus. La présence des brides, des cloisons, des éperons ou d'une double cavité, l'une contenant la tête, l'autre le siège, la rendront impossible.

La conduite à tenir se précisera alors au cours du travail.

Les observations, d'autre part, ont montré la proportion élevée de « sièges » ; cette présentation correspond également à un mode d'accommodement et bien souvent on aura intérêt à ne rien tenter pour la modifier.

E) Quant à la césarienne pratiquée systématiquement avant tout début de travail, intervention préconisée par les Américains, « elle paraît abusive » (Cerf). Ses inconvénients sont les mêmes que ceux de la laparatomie prophylactique : « Il ne doit venir à l'esprit de personne de proposer une opération à une femme dont l'accouchement peut être normal. » (Pery.)

Il est un cas, cependant, qui peut justifier l'intervention abdominale au voisinage du terme ou au début des premières douleurs : c'est lorsque l'hémi-utérus gravide a déjà été césarisé antérieurement. Les risques de rupture de la cicatrice étant augmentés du fait de l'anomalie anatomique, surtout par suite du défaut de développement du S. I.

En effet, nous savons que les risques de rupture existent plus particulièrement après césarienne haute corporéale. Par contre, une des plus éminentes supériorités de la césarienne basse consiste dans l'excellence de la cicatrice lorsque celle-ci porte sur le segment inférieur. (P. Brault, Soc. d'Obst. et Gyn., 33-36.)

II. - L'accouchement

Le travail, la dilatation s'effectuent normalement, la conduite à tenir ne diffère en rien de celle d'un accouchement eutocique.

L'accouchement « n'avance pas ». La cause dystocique guide le choix thérapeutique.

A) *Anomalies de la contraction utérine.*

Les contractions sont espacées, faibles ou disparues. Le col est plus ou moins dilaté, le travail est lent et peut durer plusieurs jours ; ou bien les douleurs sont intenses, l'utérus contracturé.

Tant que les membranes sont intactes, que le fœtus ne souffre pas, on peut attendre ; sinon il faudra terminer l'accouchement.

La médication ocytocique, notamment les extraits hypophysaires, est formellement contre-indiquée, vu la possibilité de rupture de ces utérus friables, amincis, de mauvaise qualité.

Pour certains, la dilatation sera complétée bi-manuellement ou par la pose d'un ballon dans le segment inférieur et il faudra recourir au forceps ou à la version, suivant les cas.

On peut aussi intervenir par voie abdominale, ce qui donnera l'avantage de mettre en présence de la malformation et peut-être d'y remédier.

B) *Malformations du col et du segment inférieur.*

— La dilatation ne peut s'effectuer malgré les contractions énergiques, fréquentes. Le fœtus risque de

souffrir, la rupture est possible. Une seule solution : la voie abdominale.

C) *Obstacle praevia de l'hémi-utérus vide.*

Suivant la possibilité de le refouler par des manœuvres prudentes sous anesthésie générale ou l'échec de cette manœuvre, il sera procédé, après épreuve du travail courte et surveillée, à l'intervention césarienne.

Citons, cependant, la manœuvre de réduction réalisée au début du travail par Lauret (obs. XXIII) à l'aide d'un ballon de Champetier d'assez forte contenance et placé dans le vagin.

D) *Présentations vicieuses.*

A dilatation suffisante, si les membranes sont intactes ou rompues depuis peu, il sera pratiqué une version par manœuvres internes. Elle est souvent laborieuse.

III. - Les interventions chirurgicales

On aura recours à l'opération césarienne dans nombre de cas.

Le problème se pose de savoir si l'on doit y associer une intervention radicale. Puisque le ventre est ouvert, il y a possibilité d'intervenir.

Quelles sont les interventions possibles ?

— Le redressement de l'hémi-utérus non gravide (Fournié, Devraigne, Le Lorier).

— La ligature des pédicules (Favreau).

— L'hystérectomie de l'utérus non gravide (Grosse).

- L'hystérectomie de l'utérus césarisé.
- La section entre deux ligatures de la trompe de l'utérus césarisé.
- La solidarisation des deux utérus.
- L'opération de raccordement de Strassmann,
- Autrement dit :*
- Césarienne simple

ou associée à une stérilisation unie ou bilatérale ; à l'ablation de l'un ou de l'autre utérus, sinon des deux ; à une ligamentopexie après avoir solidarisé les deux utérus.

Il ne peut être question de recourir systématiquement à l'une ou l'autre de ces techniques.

Le praticien sera guidé dans le choix de l'intervention par plusieurs facteurs :

1° *L'appréciation fonctionnelle de chaque utérus :* le développement de l'utérus vide, son orientation, l'état de sa musculature, etc...

2° *La cause de la dystocie actuelle,* son caractère accidentel (obstacle praevia de l'utérus vide, présentation vicieuse) ou obligatoire (malformation du col, du S. I.).

3° *Les antécédents obstétricaux :* le nombre d'accouchements normaux ou dystociques, les grossesses ou avortements ayant évolué dans l'un ou dans l'autre utérus, héli-utérus gravide déjà césarisé ou non.

4° *L'état de la femme* déjà fatiguée par un travail long, difficile. Dans certains cas, il vaudra mieux

s'abstenir momentanément de toute intervention complémentaire, réservée pour un deuxième temps (Lejeune, Lepage) ;

En résumé :

Pendant la grossesse : expectative, sauf en cas de grossesse évoluant dans un utérus déjà césarisé, où l'intervention peut se trouver justifiée. Au cours de l'accouchement, la conduite à tenir est guidée par le diagnostic de la cause dystocique. Si la césarienne s'impose, l'intervention sera conservatrice dans la mesure conciliable entre le désir de sauvegarder la fonction et le risque de la reproduction des accidents lors de la prochaine grossesse.

CONCLUSIONS

I. - La valeur fonctionnelle des utérus doubles, malformations, dues à un trouble embryologique dont la pathogénie n'est pas encore élucidée, est *essentiellement variable*.

II. - L'étude clinique montre que cette aptitude des utérus malformés à la gestation n'est pas en rapport direct avec l'intensité du retard embryologique, d'où l'impossibilité de porter un pronostic lorsque le diagnostic en est fait.

III. - Les facteurs en sont :

a) L'état constitutif de l'utérus gravide, notamment la qualité de la musculature souvent médiocre.

b) Le siège de l'hémi-utérus vide dont la position est fréquemment praevia.

c) La variété morphologique de la duplicité utérine par son action sur la présentation.

IV. - Un facteur important sur lequel il convient d'insister est, en outre, la *malformation du segment inférieur et du col utérins*.

L'insuffisance de développement de cette région anatomique dont le rôle est prépondérant au cours du travail et de la dilatation, est souvent associée à l'anomalie morphologique de l'ensemble utéro-vaginal.

V. - La thérapeutique immédiate est inspirée par l'origine des accidents venant interrompre la grossesse : avortement ou rupture, et par la cause de dystocie à l'accouchement.

a) Avant le travail : expectative, sauf parfois en cas de césarienne antérieure ayant porté sur l'utérus gravide.

b) Epreuve du travail, courte, surveillée.

c) Nécessité fréquente de recourir suivant la dystocie aux manœuvres obstétricales courantes (forceps, version) ou à l'opération césarienne.

VI. - Le traitement complémentaire de la malformation (hémi-hystérectomie simple ou double, sections et ligatures des trompes, ligamentopexie) sera dicté par :

a) l'appréciation de la valeur fonctionnelle de chaque utérus ;

b) le caractère facultatif ou obligatoire de la dystocie ;

c) les antécédents obstétricaux.

VU : *Le Doyen,*

A. BAUDOUIN.

VU : *Le Président de Thèse,*

PORTES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

GILBERT SPIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT. — La Pratique de l'art des accouchements.

BAUDELOCQUE. — L'art des Accouchements.

BEASSE. — Contribution à l'étude des malformations génitales de la femme. (*Thèse, Paris, 1902-1903.*)

BLANC. — Utérus semi-oculaire chez une multipare dont 5 grossesses sur 9 ont été compliquées d'hémorragies et suivies de délivrance artificielle. (*Lyon Médical, 1887.*)

BONNAIRE. — Obs. in *Bull. et Mém. Soc. Anat.*, Paris, 1902.

BOUSCARLE. — Les utérus doubles au point de vue obstétrical. (*Thèse Paris, 1924.*)

BRAULT (P.) et BIELOGONOFF (S.). — Un cas d'utérus double avec grossesses successives dans chaque utérus. (*Soc. de Gynéc. et d'Obst. de Paris*, séance du 9 janvier 1939 ; in *Bull. de la Soc. de Gynéc. et d'Obst. de Paris*, 1939, n° 1, p. 11.)

BRAULT (P.), TIZON (A.) et BIELOGONOFF (S.). — Un cas d'utérus double avec grossesses successives dans chaque utérus. (*Gaz. Méd. de France et des pays de langue française*, 1^{er} mars 1939, n° 5, p. 267.)

BRINDEAU. — Obs. in *Bull. Soc. Obst. Gyn. Paris*, 1913.

BRINDEAU et LECLERC. — *Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 1929.

BRÔUHA. — Obs. in *Scalpel*, Liège, 1910.

Bulletins et Mémoires Société Anatomique Paris.

Bulletins Société d'Obstétrique Paris.

Bulletins Société d'Obstétrique et Gynécologie Paris.

- BUMM. — Précis d'obstétrique, 1935.
- CERF. — Dystocie dans les utérus doubles par l'hémi-utérus non gravide praevia. (*Thèse Paris*, 1936.)
- CHAMPY et LEVY SOLAL. — *Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris*, 1925.
- Comptes rendus Sociétés d'Obstétrique, Gynécologie et Pédiatrie Paris.*
- COUVELAIRE. — *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1928.
- DELAS. — Contribution à l'étude de l'utérus double dans ses rapports avec la puerpéralité. (*Thèse Bordeaux*, 1926-1927.)
- DEMELIN et DEVRAIGNE. — Manuel de l'accoucheur.
- PERRET. — Obs. in *Bull. Soc. Obst. Paris*, 1902.
- DERLOCHE. — Contribution à l'étude de la gestation dans les utérus bicornes unicervicaux. (*Thèse Paris*, 1930.)
- DEVRAIGNE. — *La Médecine*, avril 1935.
- DIONIS. — Hist. Anat. d'une matrice extraordinaire, Paris, 1693; in *Thèse Bouscarle*, Paris, 1924.
- DUBREUIL. — Les variations utéro-vaginales par cloisonnement longitudinal. (*Ann. Méd. et Chir.*, 1927-1928.)
- DUBREUIL et CHAMBARDEL. — De la duplicité du canal vaginal de la femme. Tours, 1906.
- DUBRISAY et JEANNIN. — Précis d'accouchement.
- FABRE. — Traité d'obstétrique.
- FABRE et TRILLAT. — Obs. in *Bull. Soc. Gyn. Paris*, 1913
- FAVREAU et KLEIN. — Obs. in *Bull. Soc. Obst. Gyn. Paris*, 1931.
- FITZ-PATRICK. — *Western Med. reviv.*, XXIV, 227. Thèse Cerf, Paris, 1936.
- FOURNIÉ. — Contribution au diagnostic de l'utérus didelphe au cours de la puerpéralité. (*Thèse, Paris*, 1929.)
- GAULENE. — Evolution de la grossesse dans les utérus cordiformes. (*Thèse Paris*, 1912.)

- GROSSE et FRÜHINSHOLZ. — Obs. in *Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 1913.
- HAMANT et BRODART. — Indications chirurgicales dans utérus doubles. (*Revue Médicale de l'Est*, février 1933.)
- HAMELIN. — Contribution à l'étude de la parturition dans les utérus malformés. (*Thèse Paris*, 1935.)
- HENRY-RATELOT. — A propos d'un accouchement normal dans un utérus double. (*End. Médical, Marseille*.)
- KELLER-SMITH. — Quelques considérations concernant les malformations utérines en rapport avec la grossesse et l'accouchement. (*Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst.*, sept. 1937.)
- LAFFITTE. — Contribution à l'étude de la grossesse dans les utérus doubles. Paris, 1939.
- LAURET. — Obs. in *Thèse Laffitte*, Paris, 1939.
- LAUVERS et DAEL. — Grossesse dans un utérus didelphe. (*Presse Médicale*, 1912.)
- LEFÈVRE (L.) et BONNET. — Obs. in *J. de Sciences Méd.*, Lille, 1904.)
- LORIOT. — Grossesse dans un utérus double. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1931.)
- MAIRE. — Obs. in *Bull. Soc. Obst. Paris*, 1902.
- METZGER, 1929. — Obs. in *Thèse Fournié*, Paris, 1929.
- MICHON. — A propos des utérus doubles. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 1934.)
- MONTFORT. — *Thèse Paris*, 1931.
- MÜLLER. — Obs. in *Arch. F. Gyn.*, in *Thèse Cerf*, 1936.
- OMBREDANNE. — Utérus doubles. (*Annales de Gynécologie*, 1904.)
- PÉRY. — Obs. in *Bull. Soc. Obst. et Gyn., Société de Bordeaux*.
- PIERRA. — Obs. in *Bull. Soc. Obst. Paris*, 1908.
- PIQUAUD et BITTE. — Obs. in *Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris*, 1910.
- POTOCKI. — *Gynécologie et Obstétrique*, 1920.

Presse Médicale.

Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique.

Revue Pratique d'Obstétrique et Gynécologie, Paris.

RIBEMONT, DESSAIGNES et LEPAGE. — *Traité d'obstétrique.*

SCHWAAB. — Obs. in *Bull. Soc. Obst. Paris*, 1900.

TARNIER. — Clinique obst. sur les utérus doubles, 1895.

TESTUT et JACOB. — *Anatomie topographique.*

TRUESDALE (P.-E.). — Rupture of Pregnant horn of bicornate uterus. (*New-York England Jour. Med.*, 1929.)

WONG (A.-T.-N.). — Pregnancy in uterus double. (*Chinese L. H.*, 1933.)

ZIEGLER. — *Anatomie pathologique.*

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE MM. VIGOT FRÈRES
